



PROVISION DE FONDO FUNERAL RELACIONADO  
CON EL SEGURO SUPLEMENTARIO DE INGRESOS  
(SSI)

BURIAL FUND PROVISION SUPPLEMENTAL SECURITY  
INCOME (SSI) RELATED

**DECLARACION DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO U  
OTRA PERSONA**

STATEMENT OF APPLICANT/RECIPIENT OR OTHER PERSON

NOMBRE DEL CASO
NUMERO DE CASO

NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO	
NOMBRE DE LA PERSONA HACIENDO LA DECLARACION (SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE/BENEFICIARIO MENCIONADO ARRIBA)	PARENTESCO

**Entendiendo que esta declaración es para el uso del Departamento de Servicios Sociales y de Salud, Yo certifico que:**

Yo entiendo que Medicaid permite que ciertos fondos sean colocados aparte para entierro.

- Yo no tengo ningún fondo guardado aparte para entierro en este momento. Yo reportaré por escrito si yo guardo fondos aparte para entierro en el futuro.
- Yo tengo fondos que he guardado aparte para un entierro, y la información anotada abajo es verdadera y completa a lo mejor de mi entendimiento. Por la presente, yo designo los fondos indicados abajo como guardados aparte para un entierro.

- \$ \_\_\_\_\_ para mí       Para mi cónyugue
- Los fondos están guardados en una cuenta separada.
- Los fondos no están en una cuenta separada. ¿Se usará el balance de la cuenta para un entierro?  Si  No

Los fondos se guardan en:

- Cuenta bancaria; número de cuenta \_\_\_\_\_
- Póliza de seguro; número de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de la póliza \_\_\_\_\_
- Otro (especefique): \_\_\_\_\_

**BANCO, COMPAÑIA DE SEGURO, PROVEEDOR FUNEBRE, MIEMBRO DE LA FAMILIA, O AMIGO DONDE LOS FONDOS SE RETIENEN**

NOMBRE		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE		NUMERO DE TELEFONO	
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Yo entiendo que tengo que reportar lo siguiente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud:

- cualquier uso de los fondos funebres para otro propósito no relacionado con un entierro.
- cualquier retiro o préstamo de la cuenta, póliza o fondo.
- cualquier deposito en la cuenta o fondo.
- cualquier interés que yo o mi cónyugue recibimos y que no se acumula en la cuenta.
- cualquier compra o regalo de otro seguro de vida, contratos funerales, dinero en efectivo, etc.

Yo también entiendo que si cualquiera de los fondos funerales se usan para otro propósito, la cantidad total se considerará como ingreso disponible en el mes cuando se retiró el dinero y podrá afectar mi elegibilidad.

Yo se que cualquier persona que haga o cause que una declaración o representación sea falsa de la materia de hechos en una solicitud o se usa para determinar un derecho de pago por servicios bajo el programa médico, comete un crimen castigable bajo ley federal y/o ley estatal. Yo afirmo que toda la información que yo he proporcionado en este documento es verdadera. Yo he recibido una copia de este documento.

FIRMA DE LA PERSONA HACIENDO LA DECLARACION (PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO) ESCRIBA EN TINTA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO
---	-------	--------------------